

## CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID



# Medicare y sus Beneficios de Salud Mental

Esta publicación **oficial** del gobierno contiene información acerca de los beneficios de salud mental para las personas inscritas en Medicare Original. Esta publicación incluye información sobre:

- ★ Quién es elegible
- ★ Los beneficios para los pacientes internados y ambulatorios
- ★ La cobertura de los medicamentos recetados
- ★ La ayuda para las personas con ingresos y recursos limitados
- ★ Dónde puede conseguir la ayuda que necesita





La información contenida en esta publicación era correcta al momento de su impresión. Tal vez se hayan realizado cambios después de la impresión. Para conseguir la información actualizada visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

*“Medicare y sus Beneficios de Salud Mental” no es un documento legal. Las normas oficiales del Programa Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.*

# Contenido

<b>Introducción</b> . . . . .	5
El cuidado de la salud mental y Medicare . . . . .	5
Medicare ayuda a pagar los servicios de la salud mental . . . . .	6
<b>Sección 1: Cuidado de la salud mental y servicios profesionales para los pacientes ambulatorios</b> . . . . .	7
Lo que cubre el Medicare Original . . . . .	7
Lo que usted paga . . . . .	9
Medicare puede cubrir una hospitalización parcial . . . . .	10
Lo que no cubre Medicare Original . . . . .	10
<b>Sección 2: Los servicios de salud mental para los pacientes internados</b> . . . . .	11
Lo que cubre Medicare Original . . . . .	11
Lo que usted paga . . . . .	11
Lo que no cubre el Medicare Original . . . . .	12
<b>Sección 3: La cobertura de Medicare de los medicamentos recetados (Parte D)</b> . . . . .	13
Los planes Medicare de medicamentos recetados tienen normas especiales . . . . .	13
Más información sobre la cobertura de Medicare de las recetas médicas . . . . .	16
<b>Sección 4: Obtenga la ayuda que necesita</b> . . . . .	17
Ayuda si usted tiene ingresos y recursos limitados . . . . .	17
Sus derechos como beneficiario de Medicare . . . . .	19
Sus derechos de apelación bajo Medicare . . . . .	19
Recursos para la salud mental . . . . .	20
<b>Sección 5: Definiciones</b> . . . . .	21

**Si usted o alguna persona que usted conoce está en crisis y le gustaría hablar con un consejero especializado en crisis, llame de manera gratuita y confidencial al Número Nacional de Prevención del Suicidio (National Suicide Prevention Lifeline) al 1-800-273-TALK (1-800-273-8255). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-799-4TTY (1-800-799-4889). Puede llamar las 24 horas del día los siete días de la semana. Llame a Número nacional de prevención:**

- Si desea hablar con alguien que pueda ayudarle
- Si piensa que está a riesgo de hacerse daño
- Si desea hablar con un consejero porque está preocupado por un familiar o amigo
- Para ser referido para conseguir servicios de salud mental en su área

**Si usted sufre una crisis médica en cualquier momento, llame al 911.**

# Introducción

## El cuidado de la salud mental y Medicare

Los problemas de la salud mental, como la depresión o la ansiedad pueden afectarnos a cualquier edad. Si cree que tiene problemas que le están afectando psicológicamente obtenga ayuda. Hable con su médico u otro proveedor de la salud si:

- Tiene pensamientos suicidas (como una obsesión con la muerte, ha intentado matarse o piensa en hacerlo)
- Se siente triste, vacío o sin esperanza
- Tiene baja su autoestima (piensa que es una carga, que no vale nada o se desprecia)
- Se aísla (no quiere juntarse con sus amigos, no participa en actividades sociales ni quiere salir de su casa)
- Tiene poco interés en las cosas que antes disfrutaba
- No tiene energía
- No puede concentrarse
- No puede dormir (le cuesta dormirse, se despierta a menudo, duerme demasiado o tiene sueño durante el día)
- Ha perdido peso y no tiene apetito
- Ha aumentado su consumo de alcohol y otras drogas

Los servicios y programas de salud mental ayudan a diagnosticar y tratar los problemas mentales. Estos servicios y programas están cubiertos para los pacientes internados y ambulatorios. Medicare ayuda a pagar estos servicios y también los medicamentos recetados para tratar sus problemas mentales.

**Esta publicación le brinda información sobre los beneficios de salud mental en Medicare Original. Si usted recibe sus beneficios de Medicare a través de un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) u otro plan de salud de Medicare, revise los materiales del plan y llámelos para más detalles sobre los beneficios de salud mental.**

Las palabras  
en color rojo  
están definidas  
en las páginas  
21–23.

## **Medicare ayuda a pagar los servicios de la salud mental**

La **Parte A de Medicare (Seguro de Hospital)** le ayuda a pagar los servicios de la salud mental si usted es un paciente internado en el hospital. La Parte A de Medicare paga por su habitación, sus comidas, el cuidado de las enfermeras terapia u otros tratamientos para su condición, pruebas de laboratorio, medicamentos y otros servicios relacionados y suministros.

La **Parte B de Medicare (Seguro Médico)** le ayuda a pagar los servicios de la salud mental que normalmente recibiría fuera del hospital, incluyendo las consultas con un psiquiatra u otro médico, con un psicólogo clínico o un asistente social y los exámenes de laboratorio ordenados por su médico. La Parte B de Medicare también puede ayudar a pagar una hospitalización parcial, si necesita cuidado ambulatorio intensivo y coordinado. Vea la página 10 si desea más información sobre los servicios de hospitalización parcial.

La **Parte D de Medicare (cobertura de Medicare de medicamentos recetados)** le ayuda a pagar los medicamentos recetados para tratar su enfermedad mental.

# Sección 1: Cuidado de la salud mental y servicios profesionales para los pacientes ambulatorios

## Lo que cubre el **Medicare Original**

La **Parte B de Medicare (Seguro Médico)** le ayuda a pagar los servicios para la salud mental y las visitas con los profesionales siguientes (le pueden cobrar los **deducibles** y el **coseguro**):

- Un psiquiatra u otro médico
- Un psicólogo clínico
- Un asistente social clínico
- Una enfermera clínica especializada
- Un enfermería licenciada
- Un asistente médico
- Un consejero licenciado en temas de alcohol y drogas

Los profesionales de la salud mencionados arriba (excepto por los psiquiatras y otros médicos) deben aceptar la **asignación** si participan en el programa Medicare. Antes de hacer una cita, pregúntele al profesional de la salud si acepta la asignación. Los otros profesionales de la salud mencionados anteriormente siempre deben aceptar la asignación.



Las palabras en color **rojo** están definidas en las páginas 21–23.

La **Parte B** de Medicare le ayuda a pagar los servicios ambulatorios de salud mental, que incluyen los servicios que normalmente son brindados fuera del hospital (como en una clínica, o el consultorio de un médico o terapeuta) y aquellos brindados en el departamento ambulatorio de un hospital.

La Parte B también cubre los servicios ambulatorios de salud mental para el tratamiento del uso inapropiado de alcohol y drogas. La Parte B ayuda a cubrir los siguientes servicios ambulatorios (le pueden cobrar los **deducibles** y el **coseguro**):

- Una evaluación anual sobre la depresión. La misma debe hacerse en el consultorio del médico o en una clínica que pueda hacer un seguimiento de la afección o hacer referidos. Usted no paga por esta evaluación anual si su proveedor de la salud acepta la **asignación**.
- Psicoterapia individual y grupal con médicos u otros profesionales licenciados autorizados por el estado para brindar estos servicios.
- Asesoramiento familiar si el propósito principal es ayudarlo a usted con su tratamiento.
- Exámenes para verificar que esté recibiendo los servicios que necesita y/o si su tratamiento actual lo está ayudando.
- Evaluaciones psiquiátricas.
- Control de la administración de sus medicamentos.
- Ciertos medicamentos recetados que normalmente no son auto-administrados (los que pueda tomar por usted mismo), como alguna inyecciones.
- Exámenes de diagnóstico.
- También puede cubrir la hospitalización parcial. Vea la página 10.
- Una evaluación de depresión durante el examen físico “Bienvenido a Medicare” que se ofrece una sola vez. (**Nota:** Medicare sólo paga por el examen físico si lo hace dentro de los primeros 12 meses de haber obtenido la Parte B.) Usted no paga por esta visita si su médico acepta la asignación.
- Un visita anual de “Bienestar” cubierta cada 12 meses (si usted ha tenido la Parte B por más de 12 meses). Esta visita le permite hablar con su médico u otro proveedor de la salud sobre sus cambios anímicos (mentales) para que pueda evaluarlos año tras año. Usted no paga por la visita de “Bienestar” si su proveedor acepta la asignación.

## Lo que usted paga

Después de pagar el **deducible** anual por la **Parte B de Medicare** por visitas a un médico y otro proveedor de cuidados médicos para diagnosticar o tratar su condición, usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare**, si su proveedor de cuidados médicos acepta la **asignación**.

Si recibe los servicios en el departamento ambulatorio o en una clínica ambulatoria del hospital tal vez tenga que hacer un **copago** o **coseguro adicional** al hospital.

**Nota:** Si usted tiene un seguro suplementario a Medicare (**Medigap**) u otro seguro médico, dígame a su médico o proveedor para que sus cuentas sean pagadas correctamente.



## Medicare puede cubrir una hospitalización parcial

En algunos casos, la **Parte B de Medicare** cubre una hospitalización parcial. La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico ambulatorio facilitado a pacientes como una alternativa a los cuidados psiquiátricos internados. Es más intenso que el cuidado que recibe en el consultorio de un médico o terapeuta. Este tipo de tratamiento se brinda durante el día y no requiere que se quede por la noche. Medicare ayuda a pagar por servicios de hospitalización parcial cuando son facilitados en un departamento ambulatorio de un hospital o un centro comunitario de salud mental. Como parte de su programa de hospitalización parcial, Medicare tal vez cubra terapia ocupacional que sea parte de su tratamiento mental y/o capacitación y educación individual para el paciente acerca de su condición.

Para que Medicare cubra dicho programa, usted deberá cumplir ciertos requisitos y su médico tendrá que certificar que de otra manera, usted necesitaría internarse para recibir el tratamiento. Tanto su médico como el programa de hospitalización parcial tienen que aceptar pagos de Medicare.

**Usted paga** un porcentaje de la **cantidad aprobada por Medicare** por cada servicio que recibe de un médico o cualquier otro profesional calificado en salud mental si su proveedor acepta la **asignación**. Usted también paga el **coseguro** por cada día de hospitalización parcial que le brindan en el departamento ambulatorio del hospital o en un centro comunitario de salud mental.

## Lo que no cubre Medicare Original

Medicare no paga por:

- La comidas.
- El transporte de ida o vuelta para obtener los servicios de salud mental.
- Grupos de apoyo para que las personas conversen o socialicen (**Nota:** son diferentes a las sesiones de psicoterapia grupal que están cubiertas).
- Pruebas o capacitación para aptitudes laborales que no son parte de su tratamiento de salud mental.

## Sección 2: Los servicios de salud mental para los pacientes internados

### Lo que cubre Medicare Original

La **Parte A de Medicare (Seguro de Hospital)** le ayuda a pagar los servicios de salud mental ofrecidos cuando está internado en un hospital. Estos servicios pueden ser provistos en un hospital general o en un hospital psiquiátrico que sólo atiende a las personas con problemas mentales. Independientemente del hospital que usted elija, la Parte A de Medicare le ayudará a pagar por los servicios de salud mental.

Si usted está en un hospital psiquiátrico (en vez de un hospital general), la Parte A de Medicare sólo pagará hasta 190 días de servicios de internación psiquiátrica en dicho hospital, durante su vida.

### Lo que usted paga

Medicare mide el uso de los servicios del hospital (incluyendo los servicios que recibe en un hospital psiquiátrico) por **períodos de beneficio**. Un período de beneficio comienza el día que usted ingresa al hospital (general o psiquiátrico). El período de beneficio termina después de que no haya recibido los servicios del hospital o de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Si vuelve a ingresar al hospital después de 60 días, comenzará otro período de beneficio y usted tendrá que pagar un nuevo **deducible** para cualquier servicio de hospitalización que reciba.

No hay límite al número de períodos de beneficio para los servicios de salud mental en un hospital general. También puede obtener varios períodos de beneficio cuando recibe servicios en un hospital psiquiátrico, pero recuerde que hay un límite de 190 días durante su vida.

Las palabras en color rojo están definidas en las páginas 21–23.

## Lo que usted paga (continuación)

Como paciente internado, usted paga los siguientes montos en el 2016:

- Un **deducible** de \$1,288 para cada **periodo de beneficio**
- De 1 a 60 días: \$0 de **coseguro** por día, para cada periodo de beneficio
- De 61 a 90 días: \$322 de coseguro por día, para cada periodo de beneficio
- 91 días o más: \$644 de coseguro por día, para cada “**día de reserva de por vida**” después de los 90 días de cada período de beneficio (hasta 60 días en toda su vida)
- Más allá de los días de reserva de por vida: todos los costos

Para la mayoría de los costos actualizados, visite Medicare.gov, y seleccione “Precios” en “Sus costos si tiene Medicare”.

La **Parte B** también le ayuda a pagar los servicios de salud mental dados por médicos u otros proveedores si está internado en el hospital. Usted paga el 20% de la **cantidad aprobada por Medicare** mientras está internado.

**Nota:** Si usted tiene un seguro suplementario a Medicare (**Medigap**) u otro seguro médico, dígame a su médico o proveedor para que sus cuentas sean pagadas correctamente.

## Lo que no cubre el Medicare Original

- Una enfermera privada
- Teléfono o televisión en su habitación
- Artículos de uso personal (tales como pasta dental, medias, hojas de afeitar, etc.)
- Habitación privada (a menos que sea **necesario por motivos médicos**).



# Sección 3: La cobertura de Medicare de los medicamentos recetados (Parte D)

Para obtener la **cobertura Medicare de medicamentos recetados**, usted tiene que inscribirse en un **plan Medicare de medicamentos recetados**. Estos planes están administrados por compañías de seguro y otras compañías privadas aprobadas por Medicare. Cada plan puede variar en los costos y en los medicamentos específicos que cubre. Es importante que conozca las normas de cobertura de su plan y sus derechos como beneficiario de un plan Medicare de medicamentos recetados.

## Los planes Medicare de medicamentos recetados tienen normas especiales

### ¿Cubrirá mi plan los medicamentos que yo necesito?

Casi todos los planes de Medicare tienen una lista de los medicamentos que cubren, llamada **formulario**. Los planes Medicare de medicamentos recetados no están obligados a cubrir todos los medicamentos. Sin embargo, sí tienen que cubrir (salvo limitadas excepciones) todos los medicamentos antidepresivos, anticonvulsivos y antipsicóticos que pueden ser necesarios para mantenerlo mentalmente sano. Medicare revisa el formulario de cada plan para asegurarse de que contenga una variedad de medicamentos necesarios por motivos médicos y que no discrimine a ciertos grupos (como las personas discapacitadas o con problemas mentales).

**Si usted toma un medicamento recetado para tratar un problema mental, es importante que sepa si su plan cubre dicho medicamento antes de inscribirse. Visite [Medicare.gov/find-a-plan](https://www.medicare.gov/find-a-plan) para averiguar qué planes cubren sus medicamentos recetados.**

### ¿Puede que cambie el formulario de mi plan?

Un plan Medicare de medicamentos recetados puede realizar cambios a su formulario durante el año de acuerdo con las pautas puestas por Medicare. Si actualmente está tomando un medicamento y el formulario del plan cambia, su plan deberá hacer una de las diligencias siguientes:

- Enviarle un aviso por escrito al menos 60 días antes de la fecha efectiva del cambio.
- Cuando usted solicite una renovación de su receta médica, deberán enviarle un aviso por escrito en cuanto al cambio, además de un suministro del medicamento para 60 días bajo las mismas reglas del plan antes del cambio.

**¿Qué pasa si el médico o proveedor me receta un medicamento que mi plan no cubre?**

Si usted está inscrito en un plan Medicare de medicamentos recetados, tiene derecho a solicitar una **determinación de cobertura** (incluida una **excepción**). Usted puede designar a un representante que lo ayude.

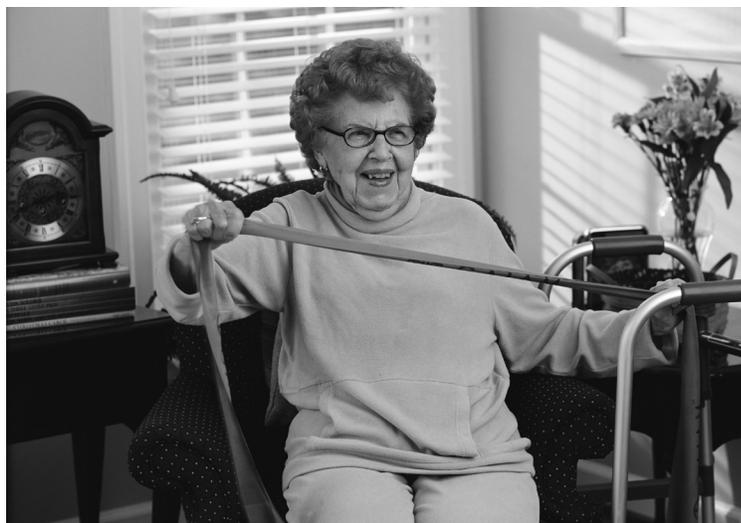
Su representante puede ser un familiar, amigo, defensor, abogado, médico, u otra persona que actúe en su nombre. Usted, su representante, su médico, u otra persona que le prescriba la receta, deberán comunicarse con su plan para solicitar una determinación de cobertura.

**Solicitud de determinación de cobertura**

Usted, su representante, su médico, o la persona que le receta pueden pedirle al plan que cubra un medicamento que usted necesita. Puede solicitar una determinación de cobertura si el farmacéutico o el plan le dice que:

- Un medicamento que usted considera que debería estar cubierto no lo está
- Un medicamento está cubierto por un precio mayor del que usted piensa que debería pagar
- Tiene que cumplir con alguna norma de cobertura del plan (tal como una **autorización previa**) antes de obtener el medicamento que necesita
- El plan no cubrirá un medicamento que está en el formulario porque piensa que usted no lo necesita

Si usted solicita una determinación de cobertura, su médico u otra persona prescribiendo la receta, deberán enviar una explicación a su plan, detallando por qué usted necesita el medicamento solicitado. Usted, su representante, su médico, u otra persona que le facilite su receta, pueden solicitar una determinación de cobertura verbalmente o por escrito. Su plan tal vez solicite por escrito información adicional de la persona prescribiendo el medicamento.



### **Cómo solicitar una excepción**

Usted, su representante, su médico, u otra persona que prescriba un medicamento, pueden pedir una **excepción** (que es un tipo de **determinación de cobertura**) si:

- Usted piensa que necesita un medicamento que no está en el **formulario** del plan porque las otras opciones de tratamiento del formulario de su plan no serán efectivas para usted.
- Su médico u otra persona prescribiendo el medicamento creen que no puede cumplir una de las normas de cobertura (tales como **autorización previa**, **terapia escalonada** o límites de cantidades o de dosis).
- Usted cree que su plan debería cobrar menos por un medicamento que usted está tomando y que pertenece al **nivel** no-preferido del plan, porque las demás opciones del nivel preferido del plan no serán efectivas para usted.

Si solicita una excepción, su médico u otra persona prescribiendo su medicamento, deberán darle una carta explicando el motivo por el que usted necesita el medicamento que está solicitando. Usted, su representante, su médico, u otra persona prescribiendo su medicamento, pueden solicitar una excepción verbalmente o por escrito. Su plan tal vez solicite por escrito información adicional de la persona prescribiendo el medicamento.

### **¿Qué puedo hacer si estoy en desacuerdo con la determinación de cobertura o la decisión del plan sobre mi solicitud de excepción?**

Una vez que el plan reciba su solicitud, en la mayoría de los casos tiene 72 horas (o 24 horas si presenta una solicitud acelerada) para notificarle su decisión. Si no está de acuerdo con la determinación de cobertura o la decisión sobre la excepción de su plan usted tiene el derecho a **apelar** la decisión. La decisión escrita del plan le explicará cómo solicitar una apelación. Lea esta decisión cuidadosamente.

Para más información sobre sus derechos de apelación, cómo presentar una apelación, y cómo designar un representante que lo ayude:

- Visite [Medicare.gov/appeals](https://www.Medicare.gov/appeals).
- Visite [Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications) para ver o imprimir la publicación “Las apelaciones a Medicare”.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## Más información sobre la cobertura de Medicare de las recetas médicas

Para conseguir más información sobre la **cobertura de Medicare de las recetas médicas**:

- Visite [Medicare.gov/part-d](https://www.Medicare.gov/part-d).
- Visite [Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications) para consultar o imprimir la publicación titulada “Su guía sobre la cobertura de Medicare de los medicamentos recetados”.
- Visite [Medicare.gov/find-a-plan](https://www.Medicare.gov/find-a-plan) para localizar y comparar planes en su área. Tenga a mano su tarjeta de Medicare, una lista de sus medicamentos y la dosis y el nombre de la farmacia que usa.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Llame a su **Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP en inglés)** para obtener ayuda personalizada. Visite [shiptacenter.org](https://www.shiptacenter.org) o llame al 1-800-MEDICARE para conseguir su número de teléfono.



# Sección 4: Obtenga la ayuda que necesita

## Ayuda si usted tiene ingresos y recursos limitados

### Ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare

Si usted cumple con ciertos límites de ingresos y recursos, tal vez califique para Ayuda adicional de Medicare para ayudarlo a pagar los costos de **cobertura Medicare de medicamentos recetados**. Usted debería solicitar aun cuando no esté seguro si califica o no.

Para solicitar Ayuda adicional por Internet, visite [Socialsecurity.gov/i1020](https://www.socialsecurity.gov/i1020).

Para más información:

- Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), y seleccione “Obtenga ayuda para pagar los costos” bajo “Sus costos de Medicare.”
- Visite [Socialsecurity.gov](https://www.Socialsecurity.gov), y seleccione “Medicare” bajo “Beneficios”.
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Usted puede solicitar Ayuda adicional por teléfono o pedir una solicitud impresa.
- Visite o llame a la **Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid)**. Visite [Medicare.gov/contacts](https://www.Medicare.gov/contacts), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### Programa Estatal de Ayuda Farmacéutica (SPAPs)

Muchos estados tienen Programas Estatales de Ayuda Farmacéutica (SPAPs en inglés) que ayudan a ciertas personas a pagar por medicamentos recetados. Cada SPAP tiene sus propias normas sobre cómo ayudar a sus beneficiarios. Para averiguar si existe un SPAP en su estado y cómo funciona:

- Visite [Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program/state-programs.aspx](https://www.Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program/state-programs.aspx).
- Llame a su **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés)**. Visite [shiptacenter.org](https://www.shiptacenter.org), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### Programas Medicare de Ahorros

Si usted es una persona con ingresos y recursos limitados, tal vez pueda conseguir ayuda de su estado para pagar sus gastos de Medicare (tales como los **deducibles** y el **coseguro**), si cumple ciertas condiciones.

Para más información:

- Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), y seleccione “Obtener ayuda para pagar sus costos” bajo “Sus costos de Medicare”.
- Llame o visite su **Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid)** y pida información sobre los Programas Medicare de Ahorros. Llame si cree que es elegible para cualquiera de ellos aunque no esté seguro. Para conseguir el número de teléfono para su estado, visite [Medicare.gov/contacts](https://www.Medicare.gov/contacts) o llame al 1-800-MEDICARE.
- Visite [Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications) para consultar o imprimir la publicación “Obtenga ayuda con sus costos de Medicare: Por dónde empezar”.
- Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP). Visite [shiptacenter.org](https://www.shiptacenter.org), o llame al 1-800-MEDICARE para conseguir su número de teléfono.

### Medicaid

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que ayuda a ciertas personas y familias con ingresos y recursos limitados, a pagar los costos médicos. Medicaid también ofrece ciertos beneficios que no están normalmente cubiertos por Medicare, tales como cuidados en una residencia de ancianos a largo plazo, y servicios de cuidados personales. Cada estado tiene reglas diferentes en cuanto a elegibilidad y cómo solicitar Medicaid.

Si desea más información:

- Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), y seleccione “Obtener ayuda para pagar los costos” bajo “Sus costos de Medicare”.
- Para averiguar si cumple los requisitos, llame a su **Oficina Estatal de Ayuda Médica (Medicaid)**. Visite [Medicare.gov/contacts](https://www.Medicare.gov/contacts), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para conseguir el número de teléfono. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Para averiguar acerca del programa Medicaid, visite [Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications) para imprimir o consultar el folleto “Medicaid: Por dónde empezar”.

## Sus derechos como beneficiario de Medicare

Sin importar cómo usted obtenga Medicare, usted tendrá generalmente ciertos derechos y protecciones para:

- Ser tratado con dignidad y respeto en todo momento.
- Ser protegido contra la discriminación.
- Que su información personal y de salud se mantenga privada.
- Obtener una decisión sobre el pago de atención médica, la cobertura de los servicios o la cobertura de medicamentos recetados.

Para más información sobre sus derechos bajo Medicare:

- Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), y seleccione “Sus derechos bajo Medicare” bajo “Reclamaciones y apelaciones”.
- Visite [Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications) para ver o imprimir el manual “Apelaciones bajo Medicare.”

## Sus derechos de apelación bajo Medicare

Una **apelación** es una acción que usted puede tomar si no está de acuerdo con una decisión de cobertura o de pago por parte de Medicare, de su **plan de Medicare**, o su plan **Medicare de medicamentos recetados**. Si usted decide presentar una apelación, puede pedir a su médico, proveedor de cuidados médicos, o suplidor que le faciliten cualquier información que pudiera ayudar con su caso. Guarde una copia de todos los documentos que envíe a Medicare como parte de su apelación.

Para más información:

- Visite [Medicare.gov/appeals](https://www.Medicare.gov/appeals).
- Visite [Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications) para ver o imprimir el manual “Apelaciones bajo Medicare”.
- Llame al 1-800-MEDICARE.

## Recursos para la salud mental

### Si usted u otra persona están en una situación de crisis:

- Llame al Número Nacional de Prevención del Suicidio (National Suicide Prevention Lifeline) al 1-800-273-TALK (1-800-273-8255). Usted puede hablar con un consejero 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-799-4TTY (1-800-799-4889).

### Para más información acerca de los beneficios y cobertura de salud mental de Medicare:

- Visite [Medicare.gov](http://Medicare.gov), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Llame a su **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés)**. Para conseguir el número de teléfono, visite [shiptacenter.org](http://shiptacenter.org), o llame al 1-800-MEDICARE.

Si usted  
sufre una  
crisis  
médica en  
cualquier  
momento,  
llame al  
911.

Hable con su médico u otro proveedor de cuidados de la salud si tiene cualquier pregunta o preocupación acerca de su salud mental, o para averiguar más acerca de la salud mental, o localizar tratamiento. También puede visitar [mentalhealth.gov](http://mentalhealth.gov), o una de las siguientes organizaciones:

### Instituto Nacional de Salud Mental, Institutos Nacionales de Salud (NIH)

- Visite [nimh.nih.gov](http://nimh.nih.gov).
- Llame al 1-866-615-6464. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-415-8051.
- Envíe un correo electrónico a [nimhinfo@nih.gov](mailto:nimhinfo@nih.gov)

### Administración de Servicios de la Salud Mental y Abuso de Sustancias (Substance Abuse & Mental Health Services Administration) (SAMHSA en inglés)

- Visite [samhsa.gov](http://samhsa.gov). SAMHSA tiene un localizador de centros de tratamiento y de servicios de la salud mental en su página Web.
- Llame al 1-877-SAMHSA-7 (1-877-726-4727). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-487-4889.
- Envíe un correo electrónico a [SAMHSAInfo@samhsa.hhs.gov](mailto:SAMHSAInfo@samhsa.hhs.gov)

### La Salud Mental Americana (Mental Health America)

- Visite [mentalhealthamerica.net](http://mentalhealthamerica.net).
- Llame al 1-800-969-6642. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-433-5959.
- Envíe un correo electrónico a [info@mentalhealthamerica.net](mailto:info@mentalhealthamerica.net)

### Alianza Nacional para Enfermedades Mentales (National Alliance on Mental Illness) (NAMI en inglés)

- Visite [nami.org](http://nami.org).
- Llame a la línea de información y ayuda 1-800-950-NAMI (1-800-950-6264).
- Envíe un correo electrónico a [info@nami.org](mailto:info@nami.org).

### Consejo Nacional sobre la Salud Conductual (National Council on Behavioral Health)

- Visite [thenationalcouncil.org](http://thenationalcouncil.org).
- Llame al 202-684-7457.
- Envíe un correo electrónico a [Communications@thenationalcouncil.org](mailto:Communications@thenationalcouncil.org)

**Apelación**—Una apelación es una revisión que puede solicitar si no está de acuerdo con la cobertura o la decisión de pago que tomó Medicare, su plan de salud de Medicare o su plan de Medicare de medicamentos recetados. Usted puede apelar si Medicare o su plan le niega:

- un servicio médico, suministro o receta que usted cree que tendría que recibir
- el pago de un servicio, suministro o una receta que ya recibió
- su solicitud para cambiar la cantidad que debe pagar por un medicamento recetado

También puede apelar si Medicare, su plan de salud o de medicamentos deja de brindarle o de pagar parte o todo el servicio, medicamento o artículo y usted piensa que aún lo necesita.

**Asignación**—Un acuerdo por el cual su médico acepta que Medicare le pague directamente por los servicios que usted recibió, acepta la cantidad que aprueba Medicare por el servicio y está de acuerdo en no cobrarle a usted más que el deducible y coseguro de Medicare.

**Autorización previa**—Aprobación que debe obtener de un plan de medicamentos de Medicare antes de surtir su receta para que esté cubierto por su plan. Su plan de medicamentos de Medicare puede requerir autorización previa para ciertos medicamentos.

**Cantidad aprobada por Medicare**—En el Medicare Original, es la cantidad que se le puede pagar a un médico o proveedor de suministros que acepta la asignación. Puede que sea menos de la cantidad actual que cobra el médico o el proveedor de suministros. Medicare paga esta cantidad y usted paga la diferencia.

**Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D)**—La Parte D agrega una cobertura de medicamentos recetados a Medicare original, algunos planes de costos de Medicare, algunos planes privados de pago por servicio de Medicare y planes de cuentas de ahorro médico de Medicare. Estos planes son ofrecidos por compañías de seguro y compañías privadas aprobadas por Medicare. Los planes Medicare Advantage también pueden ofrecer una cobertura de medicamentos recetados que sigue las mismas reglas que los planes de medicamentos recetados de Medicare.

**Copago**—Una cantidad que tendrá que pagar como su parte de los costos de los servicios médicos o suministros, como ser una visita médica o una receta. El copago normalmente es una cantidad fija en vez de un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o por un medicamento.

**Coseguro**—La cantidad que usted tiene que pagar después de haber pagado cualquier deducible. El coseguro es generalmente un porcentaje (por ejemplo el 20%).

**Deducible**—La cantidad que usted debe pagar por los servicios médicos o los medicamentos antes de que el Medicare Original, su plan para recetas médicas u otro seguro comience a pagar.

**Determinación de Cobertura (Parte D)**—La primera decisión tomada por el plan de medicamentos de Medicare (no la farmacia) sobre sus beneficios de medicamentos, incluyendo:

- Si un medicamento en particular está cubierto
- Si ha cumplido todos los requisitos para recibir el medicamento recetado
- Cuánto usted está obligado a pagar por un medicamento
- Si se debe hacer una excepción a la regla cuando usted lo solicite

El plan de medicamentos tiene que darle una decisión rápida (72 horas para las solicitudes estándar, 24 horas para solicitudes aceleradas). Si no está de acuerdo con la determinación de la cobertura del plan, el siguiente paso es una apelación.

**Días de reserva de por vida (vitalicios)**—En el Medicare Original, son días adicionales por los que Medicare pagará cuando está internado en el hospital por más de 90 días. Usted tiene un total de 60 días de reserva que pueden ser usados durante su vida. Por cada día de reserva de por vida, Medicare paga por todos los costos menos el coseguro diario.

**Excepción**—Un tipo de determinación de cobertura de medicamentos recetados. Un formulario de excepción es la decisión de un plan de medicamentos para cubrir un medicamento que no está en su lista de medicamentos o no aplicar una norma de cobertura. Una excepción de categoría es la decisión de un plan de medicamentos de cobrar una cantidad menor por un medicamento que está en la categoría de medicamentos no preferidos. Usted o su médico debe solicitar una excepción y su médico u otro proveedor debe proporcionar una declaración de justificación explicando los motivos médicos para la excepción.

**Formulario**—Una lista de medicamentos recetados cubiertos por un plan de medicamentos recetados u otros beneficios de medicamentos recetados ofrecidos por el plan de seguro. Esta lista también se llama lista de medicamentos.

**Medicare Original**—Medicare original es una cobertura de salud de pago por servicio que consta de dos partes: Parte A (Seguro de hospital) y la Parte B (Seguro médico). Después de pagar un deducible, Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga su parte (coseguro y deducibles).

**Medicare Parte A (Seguro de hospital)**—La Parte A cubre internaciones, atención en un centro de enfermería especializada, cuidados de hospicio y algunos cuidados de la salud en el hogar.

**Necesario por razones médicas**—Servicios o suministros que son necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y satisfacen los estándares aceptables del ejercicio de la medicina.

**Niveles**—Grupos de medicamentos que tienen un costo diferente para cada grupo. Generalmente, un medicamento en un nivel inferior le costará menos que un medicamento en un nivel superior.

**Oficina estatal de asistencia médica (Medicaid)**—Agencia estatal a cargo del programa Medicaid estatal que puede proporcionar información sobre programas que ayudan a pagar facturas médicas a las personas de ingresos y recursos limitados.

**Parte B de Medicare (Seguro médico)**—La Parte B cubre ciertos servicios del médico, la atención ambulatoria, los insumos médicos y los servicios preventivos.

**Período de beneficio**—Manera en que Medicare Original mide su uso de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día que ingresa como paciente en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido ningún tipo de atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) por 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada después de que se haya terminado un período de beneficios, entonces comienza un período de beneficios nuevo. Debe pagar el deducible para pacientes hospitalizados para cada período de beneficios. No existe un límite para la cantidad de períodos de beneficios.

**Plan de salud de Medicare**—Generalmente es un plan ofrecido por una empresa privada que hace contratos con Medicare para brindarle los beneficios de Medicare Parte A y Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Los planes de salud de Medicare incluyen a todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los Programas de Demostración/Piloto y los Programas de Cobertura Total de Salud para Ancianos (PACE) son planes especiales de Medicare que pueden ser ofrecidos por entidades públicas o privadas y proporcionar la Parte D y otros beneficios además de la parte A y beneficios de la Parte B.

**Plan Medicare Advantage (Parte C)**—El Plan Medicare Advantage es un tipo de plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que celebra contratos con Medicare para brindarle todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Los planes Medicare Advantage incluyen organizaciones de mantenimiento de la salud, organizaciones de proveedores preferidos, planes privados de pago por servicio, planes por necesidades especiales y planes de cuentas de ahorro médico de Medicare. Si usted está inscrito en el plan Medicare Advantage, posee cobertura de los servicios de Medicare a lo largo del plan y no se paga a través de Original Medicare. La mayoría de los planes Medicare Advantage brindan cobertura de medicamentos recetados.

**Plan Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D)**—Un plan de medicamentos recetados opcional disponible con un costo adicional para todas las personas con Medicare. Estos planes son ofrecidos por compañías de seguro y otras compañías privadas aprobadas por Medicare.

**Póliza de Medigap**—Seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir las “brechas” de la cobertura de Medicare original.

**Prima**—El pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de servicios de salud para obtener cobertura de salud o medicamentos recetados.

**Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)**—Programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoría local gratis sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

**Terapia en etapas**—Es una regla de cobertura utilizada por algunos planes de medicamentos recetados de Medicare que exige probar uno o más medicamentos similares a un costo menor para tratar su afección antes que el plan cubra el medicamento recetado.





**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS  
DE LOS ESTADOS UNIDOS**

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid**

7500 Security Blvd.

Baltimore, MD 21244-1850

---

Asunto oficial

Penalidad por uso privado, \$300

CMS Producto No. 10184-S

Revisado en abril de 2016



To get this booklet in English, call 1-800-MEDICARE  
(1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.